

The page features a decorative graphic consisting of three concentric blue circles of varying sizes. Two thin, light blue diagonal lines intersect the circles. One line passes through the top-left of the largest circle and the bottom-left of the smallest circle. The other line passes through the top-right of the largest circle and the bottom-right of the smallest circle. The circles are positioned in the top-right, middle-right, and bottom-right areas of the page.

Evaluering af

Forsøgsordning om hjælpemiddelkoordinering

**Ballerup Kommune
Maj 2011**

Indhold

Resumé	3
1. Indledning	4
2. Baggrund	4
3. Formål	4
4. Metode og empiri	5
4.1. Undersøgelsesperiode	5
4.2. Datamateriale	5
4.3. Metodekritik	6
4.4. Evaluator	6
5. Beskrivelse af funktion og arbejdsgang	6
5.1. Idé- og planlægningsfase	6
5.2. Hjælpemiddelkoordinatorerne	7
5.3. Projektets opstart	7
5.4. Det typiske sagsforløb	7
5.5. Ændringer af arbejdsgangen undervejs i projektperioden	8
6. Præsentation af målgruppen	9
6.1. Antal	9
6.2. Alder og bopæl	10
6.3. Tilgang af borgere og sager	10
6.4. Sagsbehandlingstid	11
7. Analyse og vurdering	13
7.1. Overordnet vurdering	13
7.2. Samarbejdet med de koordinerende visitatorer	14
7.3. Samarbejdet med Herlev Hospital – og følge-hjem-ordningen	14
7.4. Samarbejde med kollegerne i Hjælpemiddelteamet	15
7.5. Arbejdsmængde	16
7.6. Dialog med borgeren	16
7.7. Antallet af hjælpemiddelkoordinatorer	17
7.8. Personlige kvalifikationer	17
7.9. Økonomi	18
7.10. Fremtidsperspektiver	18
8. Konklusion	19

Resumé

Med virkning fra 1. november 2009 iværksatte Hjælpemiddelteamet i Ballerup Kommune en forsøgsordning med hjælpemiddelkoordinatorer, der skulle håndtere hjælpemiddelsager ved hospitalsudskrivelser.

Forsøgsordningen blev etableret som en reaktion på at håndtere den stressfaktor, som ergoterapeuterne i Hjælpemiddelteamet oplevede, når hospitalsudskrivelser af borgere med akut behov for hjælpemidler virkede forstyrrende for afviklingen af de øvrige hjælpemiddelsager. Ofte kom informationen om hospitalsudskrivelserne nemlig med få timers varsel, hvilket betød, at ergoterapeuternes øvrige aftaler måtte flyttes til besvær for såvel medarbejdere som borgere med længere sagsbehandlingstid som resultat.

Samtidig skulle ordningen sikre en mere sammenhængende og effektiv indsats særligt i forhold til svage ældre, idet hjælpemiddelkoordinatoren ville blive informeret tidligere om forestående udskrivelsessager og dermed i langt højere grad ville kunne koordinere udskrivelsen og det afledte behov for hjælpemidler med personale på hospitalet og i kommunen, samt for borger og evt. pårørende – og uden at ændre i den planlagte afvikling af alle de almindelige hjælpemiddelsager.

Hjælpemiddelkoordinatorfunktionen har været delt mellem to ergoterapeuter ansat i Hjælpemiddelteamet. Udgangspunktet har været, at der hver dag har været én hjælpemiddelkoordinator på vagt, der i dette tidsrum har været friholdt fra øvrige opgaver.

Evalueringen baserer sig på data fra 2010, hvor i alt 207 borgere har været i kontakt med hjælpemiddelkoordinatorerne. Der er gennemført interviews med involverede medarbejdere, samarbejdspartnere og et mindre udsnit af borgere. Desuden bygger evalueringen på de data, der kan hentes fra Kommunens elektroniske omsorgssystem, CARE.

Evalueringen viser, at ordningen har været en nærmest ubetinget succes.

Medarbejderne – både hjælpemiddelkoordinatorerne, kollegerne i Hjælpemiddelteamet og øvrige samarbejdspartnere – er særdeles positive over for ordningen og fremhæver, at borgerne i forbindelse med hospitalsudskrivelser nu får en mere kvalificeret og sammenhængende behandling, samt at det er langt nemmere at fastholde de planlagte aftaler for de øvrige medarbejdere, idet de ikke længere risikerer at modtage akutopkald fra hospitalet.

Borgerne udtrykker ligeledes tilfredshed med ordningen, men de har selv sagt ikke noget sammenligningsgrundlag, og der er ikke tidligere foretaget undersøgelser/evalueringer, som interviewene kan holdes op imod.

Økonomisk har ordningen umiddelbart været udgiftsneutral og er holdt inden for Hjælpemiddelteamets almindelige ramme. Det er Hjælpemiddelteamets egen vurdering, at hvad der er brugt af ekstra tid på arbejdet på Herlev Hospital med deltagelse i udskrivningskonferencer mv., er sparet andetsteds i form af færre aflysninger af øvrige sager, og mindre behov for opfølgning, fordi sagerne håndteres korrekt i første omgang mv.

Det kan samlet set klart anbefales, at ordningen gøres permanent.

1. Indledning

"Work smarter – not harder" er et mantra, der ofte høres i forbindelse med levering af offentlige serviceydelser. Måske særligt i krisetider, hvor dagsordenen ofte er præget af kontinuerlige sparekrav kombineret med stadig stigende efterspørgsel på hurtigere og bedre service.

Ønskerne om effektiv borgerbetjening og sagsbehandling af høj faglig kvalitet deles naturligvis også af medarbejderne i den offentlige sektor. Men ofte er det bare meget vanskeligt at konkretisere det populære mantra til faktiske ændringer, der kan mærkes af borgere og medarbejdere i dagligdagen. Hvordan omgøres praksis til det bedre, *uden* at tilføre flere ressourcer og *uden* at sænke hverken faglige standarder eller borgernes oplevede serviceniveau?

Nærværende evaluering giver et konkret bud på et svar til dette spørgsmål.

2. Baggrund

Med virkning fra 1. november 2009 iværksatte Hjælpemiddelteamet i Ballerup Kommune en forsøgsordning med hjælpemiddelkoordinatorer, der skulle håndtere hjælpemiddelsager ved hospitalsudskrivelser primært fra Herlev Hospital.

Forsøgsordningen blev etableret som en reaktion på at håndtere den stressfaktor, som ergoterapeuterne i Hjælpemiddelteamet oplevede, når hospitalsudskrivelser af borgere med akut behov for hjælpemidler virkede forstyrrende for afviklingen af de øvrige hjælpemiddelsager. Ofte kom informationen om hospitalsudskrivelserne med få timers varsel, hvilket betød, at ergoterapeuternes øvrige aftaler måtte flyttes til besvær for såvel medarbejdere som borgere med længere sagsbehandlingstid som resultat.

Samtidig skulle ordningen sikre en mere sammenhængende og effektiv indsats særligt i forhold til svage ældre, idet hjælpemiddelkoordinatoren ville blive informeret tidligere om forestående udskrivelsessager og dermed i langt højere grad kunne koordinere udskrivelsen og det afledte behov for hjælpemidler med personale på hospitalet og i kommunen, samt for borger og evt. pårørende – og uden at ændre i den planlagte afvikling af alle de almindelige hjælpemiddelsager.

Tanken var at organisere arbejdet anderledes, således at der blev dedikeret faste medarbejderressourcer til at tage sig af hospitalsudskrivelserne. To ergoterapeuter fra Hjælpemiddelteamet skulle dele funktionen, der blev anslået til maksimalt 30 timer ugentligt.

3. Formål

Nærværende evaluering har til formål at vurdere, hvorvidt hjælpemiddelkoordinatorordningen skal fortsætte, samt om der er behov for tilretninger af ordningen eller andre opmærksomhedspunkter, der bør tages med i en evt. videreførelse. Derfor beskrives og vurderes projektets arbejdsgange, aktører og effekt med henblik på en samlet vurdering af, hvorvidt ordningen skal videreføres.

Ved projektets begyndelse blev der ikke opstillet egentlige succeskriterier, som evalueringen skal følge op på. I den oprindelige projektbeskrivelse blev der dog stillet en række spørgsmål, der skulle besvares i afrapporteringen fra projektet:

- Hvor mange borgere er i perioden udskrevet til eget hjem eller midlertidig plads,

- herunder genoptræningsplads?
- Er samarbejdet med Visitationen blevet bedre?
- Oplever borgeren en sammenhængende og gnidningsfri udskrivelse?
- Ligger færdigbehandlede borgere i kortere tid på hospitalet?
- Kan effekten af kortere indlæggelse ses efter færdigbehandling?
- Hvilken effekt har forsøget haft på de øvrige opgaver i Hjælpemiddelteamet?
- Er det en fordel eller ulempe at dele funktionen på to personer?

Spørgsmålene vil alle blive taget op i løbet af evalueringen og besvaret i det omfang, data giver mulighed for det.

4. Metode og empiri

Dette afsnit vil præsentere den metode, der er anvendt til at foretage evalueringen, og det empiriske materiale, der ligger til grund herfor.

4.1. Undersøgelsesperiode

Projektet blev påbegyndt 1. november 2009. Perioden, som denne evaluering tager udgangspunkt i, er dog først fra 1. januar 2010 til 31. december 2010. Dermed vil eventuelle opstartsvanskeligheder ikke påvirke evalueringens resultater, og der fås samtidig en undersøgelsesperiode på et helt år, så eventuelle sæsonudsving neutraliseres.

4.2. Datamateriale

Datamaterialet, som evalueringen bygger på, består dels af udtræk fra kommunens elektroniske omsorgssystem, CARE, og dels af interviews med medarbejdere, samarbejdspartnere og borgere.

I omsorgssystemet CARE har alle borgere, der har været i kontakt med hjælpemiddelkoordinatorerne, fået en særlig kode, så der kan laves et samlet udtræk af borgergruppen for en given tidsperiode. Her kan udtrækkes diverse faktuelle oplysninger om alder, sagsbehandlingstid m.v. Desuden er det muligt at gå nærmere ind i den enkelte sag og gennemgå journalerne fra såvel hjælpemiddelkoordinatorer som evt. andre kommunale aktører, der har været i kontakt med den pågældende borger (fx hjemmesygepleje, genoptræningsenhed m.v.).

Interviews er gennemført med:

- de to hjælpemiddelkoordinatorer
- lederen af Hjælpemiddelteamet
- én ergoterapeut fra hvert af de tre distriktsteams i Hjælpemiddelteamet
- to koordinerende visitatorer fra Visitationen i Ældre & Pleje
- den hjælpemiddelansvarlige terapeut fra Herlev Hospital
- seks borgere, der via deres udskrivesforløb i undersøgelsesperioden har været i kontakt med hjælpemiddelkoordinatorerne.

De faglige interviewpersoner er udvalgt efter samarbejdsgrad med hjælpemiddelkoordinatorerne, samt som repræsentanter for de steder, hvor den nyetablerede funktion kan tænkes at have haft en afledt effekt.

Borgerne er tilfældigt udtrukket fra populationen med størst mulig spredning på typer af forløb, de måtte have været igennem, men under hensyn af at de - ud fra journaloplysningerne - vurderedes fysisk og kognitivt i stand til at svare på spørgsmål (eksempelvis er borgere i sidste terminale stadie udeladt ved udtrækningen til interview). Alle adspurgte borgere har ønsket at medvirke.

Interviewene med borgerne samt den hjælpemiddelansvarlige terapeut fra Herlev Hospital

har været gennemført pr. telefon, men ellers har alle interviews været gennemført ved personligt fremmøde.

Interviewene er afviklet i perioden november 2010 – maj 2011.

4.3. Metodekritik

Der er i høj grad tale om en kvalitativ vurdering af forsøgsordningen.

Idet der ikke har været en kontrolgruppe, eller en struktureret opsamling af data for sammenlignelige borgere/sager i en forudgående periode, eksisterer der ikke kvantitative data, der kan dokumentere arbejdstidsmæssige og økonomiske effekter af ordningen. Vurderingen af ordningen baserer sig derfor hovedsageligt på interviewene, og de kvantitative data benyttes hovedsageligt deskriptivt.

4.4. Evaluator

Evalueringen er gennemført af Jakob Søgaard Jakobsen, konsulent i Sundhed & Forebyggelse. De to hjælpemiddelkoordinatorer, Helle Bilenberg og Nina Kramer, har sammen med leder af Hjælpemiddelteamet, Susanne Ohm, løbende stået til rådighed for spørgsmål og kommenteret inputs og ideer fra evaluator.

5. Beskrivelse af funktion og arbejdsgang

Dette afsnit vil beskrive hjælpemiddelkoordinatorordningen. Der indledes dog med en præsentation af den forudgående idé- og planlægningsfase, samt en kort præsentation af de to hjælpemiddelkoordinatorer. Derefter følger en generel beskrivelse af det typiske sagsforløb, og der afrundes med en gennemgang af de ændringer, der er implementeret undervejs i projektet.

5.1. Idé- og planlægningsfase

Ideen om en hjælpemiddelkoordinatorordning kom fra lederen af Hjælpemiddelteamet, Susanne Ohm, der i flere år havde haft idéen om at etablere et akutberedskab til hospitalsudskrivelserne.

Ønsket var dels begrundet med, at det ganske enkelt var svært for ergoterapeuterne i Hjælpemiddelteamet at få tid til de akutte sager. Eller rettere: De akutte hospitalsudskrivelser skulle selvfølgelig håndteres med det samme, og det ødelagde dermed afviklingen i det almindelige sagsbehandlingsarbejde med aflysninger, udskudte aftaler, længere sagsbehandlingstid, samt yderligere administration og planlægning til følge.

En anden årsag til etablere en ny organisering af udskrivelserne var, at interne undersøgelser viste, at hjælpemiddelformidlingen kunne fungere som en prop i forbindelse med udskrivelser og dermed til tider forsinkede hele udskrivelsesforløbet. Dette var utilfredsstillende ikke alene for borgeren, men også for de koordinerende visitatorer i Ældre & Pleje, der tager sig af tildelingen af hjemmepleje- og hjemmesygeplejeydelser m.v. i forbindelse med udskrivelser.

Forsinkede udskrivelser har desuden en direkte økonomisk effekt for kommunen, idet hospitalsudgifterne for færdigbehandlede borgere finansieres fuldt ud af kommunen. Det kan eksempelvis være en borger, der efter færdigbehandling, fortsat er indlagt på hospitalet, fordi kommunen ikke er klar til at hjemtage borgeren på grund af mangel på plejecenterplads, manglende hjælpemiddel eller boligændringer i borgerens hjem. Der var således også et økonomisk incitament for kommunen samlet set – om end ikke specifikt for Hjælpemiddelteamet – til at ændre praksis og organiseringsform.

Udviklingen af idéen blev primært håndteret internt i Hjælpemiddelteamet med lidt støtte fra en stabsmedarbejder fra rådhuset.

I efteråret 2009 var der endvidere en lille gruppe af medarbejdere på besøg i Furesø Kommune, hvor man – uden videre succes – havde forsøgt sig med en lignende ordning. Man kunne dog lære lidt af deres negative erfaringer. Det blev bl.a. tydeligt, hvor vigtigt det var, at de koordinerende visitatorer er velfungerende i Ballerup, og hvordan samarbejdet med dem ville være en afgørende forudsætning for en succesfuld ordning.

5.2. Hjælpemiddelkoordinatorerne

I Hjælpemiddelteamet udtrykte to ergoterapeuter helt fra starten særlig interesse for ordningen og bidrog dermed også til idéudviklingen og det praktiske planlægningsarbejde. Disse to var Helle Bilenberg og Nina Kramer, der også blev udpeget til at være hjælpemiddelkoordinatorer, da forsøgsordningen trådte i kraft.

Begge er erfarne ergoterapeuter, der ved projektstart havde været henholdsvis godt seks år i Hjælpemiddelteamets team øst (Nina) og to år i Hjælpemiddelteamets team nord (Helle). Desuden havde sidstnævnte mange års erfaring fra en tidligere ansættelse på Herlev Hospital, hvor hun bl.a. havde en central funktion ved særlige udskrivesager.

Det blev besluttet, at de to skulle dele funktionen for at mindske sårbarhed ved ferie, sygdom m.v. Timetallet blev fastsat til maksimalt 30 timer om ugen tilsammen for de to medarbejdere. I praksis foregår det således, at mandag til torsdag opdeles mellem hjælpemiddelkoordinatorerne med to hele dage til hver. Fredag er der som udgangspunkt ingen hjælpemiddelkoordinator direkte tilgængelig, idet Hjælpemiddelteamet ikke ønsker at tilskynde til udskrivelser fredag, da dette erfaringsmæssigt fungerer dårligt at forsøge at få aftaler med flere parter på plads umiddelbart op til weekenden.

I den resterende arbejdstid varetager de to medarbejdere fortsat sagsbehandling af almindelige sager (blot relativt færre sager end de øvrige kolleger i samme teams), samt diverse specialopgaver såsom synssager og sikkerhedsrepræsentantskabsarbejde.

5.3. Projektets opstart

Projektet startede op pr. 1. november 2009. Den første måned var planlagt som introduktion og "fjummåned", idet målet var at lære samarbejdspartnere og deres arbejdsgange at kende inden det store ryk-ind af borgere.

Hjælpemiddelkoordinatorerne var hver én uge med rundt som "føl" hos de koordinerende visitatorer, hvor de blev præsenteret for alle hospitalsafdelingerne og fik nogle kontakter, og så begyndte sagerne ellers at dukke op.

5.4. Det typiske sagsforløb

Ifølge de koordinerende visitatorer er der i snit ca. 50 Ballerup-borgere indlagt på Herlev Hospital. Det er dog langt fra alle sager, hvor der er brug for hjælpemidler ved udskrivelsen, men udgangspunktet er dog, at hjælpemiddelkoordinatorerne involveres ved alle udskrivelser, hvor der blot *kan tænkes* at være det mindste behov. Ofte kan der være behov og løsninger, som borgeren ellers først bliver opmærksom på, når vedkommende kommer tilbage til hjemmet og skal klare sig selv uden for hospitalets trygge rammer, og derfor er det vigtigt, at hjælpemiddelkoordinatoren kommer tidligt på banen, så efterfølgende uheld og akutopkald kan undgås.

Hjælpemiddelkoordinatorerne, der flere gange ugentligt kommer på Herlev Hospital, involveres ved, at de modtager en opringning fra en koordinerende visitator på det direkte vagttelefonnummer (en mobiltelefon, der inden for almindelig arbejdstid hele tiden er hos en af de koordinerende visitatorer) eller via en avis i CARE. De kan også blive kontaktet direkte fra en hospitalsafdeling.

På baggrund af sagens kompleksitet foretager hjælpemiddelkoordinator en vurdering af, om der er behov for at deltage i udskrivningskonferencen.

Ved alle terminale patienter ønsker hjælpemiddelkoordinatorerne at deltage, da der typisk vil være - eller hurtigt efterfølgende kan opstå - behov for hjælpemidler for denne gruppe. Hjælpemiddelkoordinatorerne anslår selv, at de deltager i udskrivningskonferencen i ca. 20-30 % af de sager, de bliver involveret i.

Hvis borgeren i forvejen har en sag i Hjælpemidler, læses denne inden konferencen.

Deltager hjælpemiddelkoordinator ikke i udskrivningskonferencen – hvilket kan skyldes manglende kompleksitet i sagen, at der ikke afholdes en udskrivningskonference, eller at de slet og ret først er blevet informeret om borgeren efter udskrivningskonferencen har fundet sted – vil hjælpemiddelkoordinatorerne på anden vis komme i direkte kontakt med borgeren, evt. pårørende og andre relevante personer på hospitalet.

I sager uden konference bruges der lidt mere tid på at indhente oplysninger via CARE samt fra borgeren selv, visitator og pårørende. Det er dog stadigvæk hurtigere end deltagelse i en konference.

I stort set alle sager er der personlig kontakt med borgeren, da journal-oplysningerne sjældent er fyldestgørende.

I store/komplekse sager kan der evt. også foretages et hjemmebesøg før udskrivelsen gerne med pårørende, hvor løsninger tilrettelægges og installeres, så alle nødvendige ændringer er på plads straks ved borgerens hjemkomst.

Efter at have talt med borgeren og vurderet hjælpemiddelbehov – og evt. deltaget i en udskrivningskonference eller foretaget før-hjemmebesøg – informeres visitationen enten telefonisk eller via advis om den trufne afgørelse om hjælpemidler for borgeren. Evt. skal der også gives en tilbagemelding til afdelingen, hvis de har været meget involveret.

Når borgeren først er udskrevet, følger hjælpemiddelkoordinator altid op på de borgere, de har været i kontakt med. Dette foregår typisk ved et opfølgningsbesøg i hjemmet, da der som oftest alligevel er brug for tilpasninger af de tildelte hjælpemidler. Der ringes dog til alle borgere på forhånd, og det kan føre til, at det vurderes ikke at være nødvendigt med et opfølgende besøg. Der gennemføres opfølgningsbesøg i anslået 70 % af sagerne.

Efter opfølgning – pr. telefon eller ved besøg – afsluttes sagen, og eventuelle efterfølgende henvendelser behandles af distriktsteamet.

5.5. Ændringer af arbejdsgangen undervejs i projektperioden

Nedenfor beskrives de væsentligste ændringer af arbejdsgangen undervejs i projektperioden.

Præcisering af målgruppe: Fra ordningens indførelse var målgruppen som sagt alle patienter, der udskrives med behov for hjælpemidler. Særligt ville hjælpemiddelkoordinatorerne gerne involveres i de komplekse sager.

I begyndelsen blev de dog ikke involveret (tidligt nok) i tilstrækkeligt mange sager, hvorfor de prøvede at indskærpe, at de gerne ville inviteres til *alle* udskrivningskonferencer ved terminale patienter. Dette gav – sammen med de samarbejdsrelationer, der løbende blev opbygget i forhold til de koordinerende visitatorer - en større klarhed for de koordinerende visitatorer om, hvornår det var meningsfyldt at involvere hjælpemiddelkoordinatorerne. Efter nogle måneder behøvede hjælpemiddelkoordinatorerne ikke længere at være opsøgende i forhold til at komme i kontakt med de relevante borgere, da de nu selv blev kontaktet af

enten de koordinerende visitatorer eller hospitalspersonalet.

Håndtering af projektadministration og -dokumentation: Det var oprindeligt planen, at hjælpemiddelkoordinatorerne skulle håndtere såvel selve sagsbehandlingen som de projektrelaterede opgaver (dokumentation, statistik, evaluering m.v.). Af tidsmæssige årsager blev projektadministrationsopgaverne flyttet til lederen af Hjælpemiddelteamet, men det viste sig ikke realistisk at indfri ambitionerne om løbende at kunne indsamle data til at dokumentere projektets effekt.

Opfølgningssag: Oprindeligt havde hjælpemiddelkoordinatorerne opdelt de enkelte sager i en "grundsag" og en "opfølgningssag", så det ikke nødvendigvis var samme person, der lavede begge dele. Det betød i praksis, at opfølgningen blev prioriteret lavere end de akutte sager. De valgte dog undervejs at ændre det, så den enkelte hjælpemiddelkoordinator nu selv følger op på "egne" sager, hvilket ifølge hjælpemiddelkoordinatorerne giver et bedre sagsforløb for borgeren, der møder samme fagperson gennem hele udskrivningsforløbet, og en større faglig tilfredsstillelse for medarbejderen, der får lov til at være med fra start til slut og dermed kan se om egne vurderinger af hjælpemiddelbehov var de rette for borgeren.

At det er samme person hele vejen igennem gør det også nemmere at få fulgt op, hvis det viser sig, at der i enkelte sager er bevilget for meget eller for lidt i første omgang, idet det er nemmere at rette på ens egen afgørelse end en kollegas vurdering.

Opfølgningen er i det hele taget prioriteret højere gennem projektperioden, da vurderingen er, at det giver færre senere henvendelser, når opfølgningen er i orden, og sagen bliver helt og korrekt afrundet i første omgang.

Periode med kun én hjælpemiddelkoordinator: Da den ene hjælpemiddelkoordinator i løbet af 2009 havde en længere sygdomsperiode over ca. tre måneder, medførte det ændringer i opgavevaretagelsen i denne periode. Serviceniveauet blev dog så vidt muligt videreført uden ændringer, idet den anden hjælpemiddelkoordinator blev fritaget fra de fleste andre opgaver og dermed kunne varetage opgaven alene (og i perioder med støtte fra enkelte interne "vikarer"). Senere i analyseafsnittet vil erfaringerne fra denne periode blive gennemgået nærmere.

Følge-hjem-ordningen: Følge-hjem-ordningen på Herlev Hospital blev etableret med start 1. november 2010 og består af et tværfagligt team med en sygeplejerske, en fysioterapeut og en ergoterapeut. Målgruppen er svage, ældre medicinske patienter og formålet er at sikre en tryk overgang fra hospital til hjem og et godt samarbejde for alle de involverede aktører. Ordningen er endnu ganske ny og har som sådan endnu ikke ført til ændringer i hjælpemiddelkoordinatorordningen, men eftersom opgaverne i de to ordninger ligger ganske tæt, skal snitfladerne og samarbejdet afklares nærmere. Potentialet ved følge-hjem-ordningen og afledte konsekvenser for hjælpemiddelkoordinatorordningen diskuteres nærmere i analyseafsnittet.

6. Præsentation af målgruppen

Dette afsnit præsenterer de borgere, der har været omfattet af hjælpemiddelkoordinatorordningen i 2010. Data, der er udtrukket fra omsorgssystemet CARE, baserer sig på borgere eller sager, der er *tilgået* i perioden 1. januar 2010 – 31. december 2010.

6.1. Antal

I alt 207 borgere har fået kontakt med hjælpemiddelkoordinatorerne i 2010. Disse borgere har tilsammen haft 289 sager.

Tabel 1: Antal borgere og sager i 2010

Antal borgere:	207
Antal sager:	289

Når én borger har flere sager i løbet af et år, skyldes det typisk, at borgeren efter udskrivelse, visitation af hjælpemidler og sagens lukning, vender tilbage med yderligere ønsker eller der opstår nye behov. I nogle tilfælde skyldes det også nye indlæggelser eller genindlæggelser, der medfører behov for yderligere hjælpemidler.

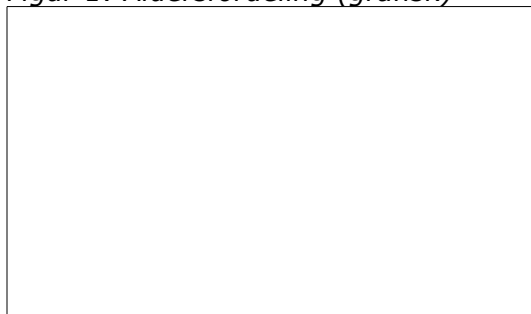
6.2. Alder og bopæl

Aldersmæssigt hører borgerne hovedsageligt til de ældste, der naturligt nok også er de mest sårbare og derfor har størst behov for hjælpemidler. Mere end halvdelen (57 %) af de borgere, der har været i kontakt med hjælpemiddelkoordinatorerne i 2010, er således 75 år eller derover. Kun 15 % er under 65 år.

Tabel 2: Aldersfordeling

	Borgere	%
18-49 år	7	3
50-64 år	24	12
65-74 år	59	29
75-84 år	70	34
85+ år	47	23
<i>I alt</i>	<i>207</i>	<i>100</i>

Figur 1: Aldersfordeling (grafisk)

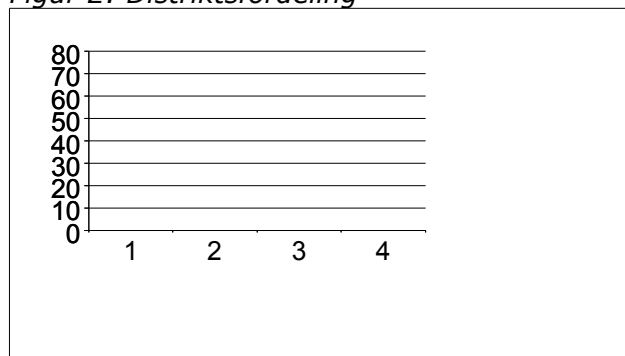


Tabel 3: Alder

Gennemsnitsalder:	75	år
Medianalder:	78	år
Minimumsalder:	18	år
Maksimumsalder:	96	år

At der er tale om meget svækkede borgere illustreres også ved, at relativt mange dør kort efter udskrivelsen. Ved udgangen af 2010 var 83 personer (svarende til 40 %) af de 207 borgere døde. Ordningen er således for manges vedkommende en støtte til borgere i deres sidste tid.

Figur 2: Distriktsfordeling

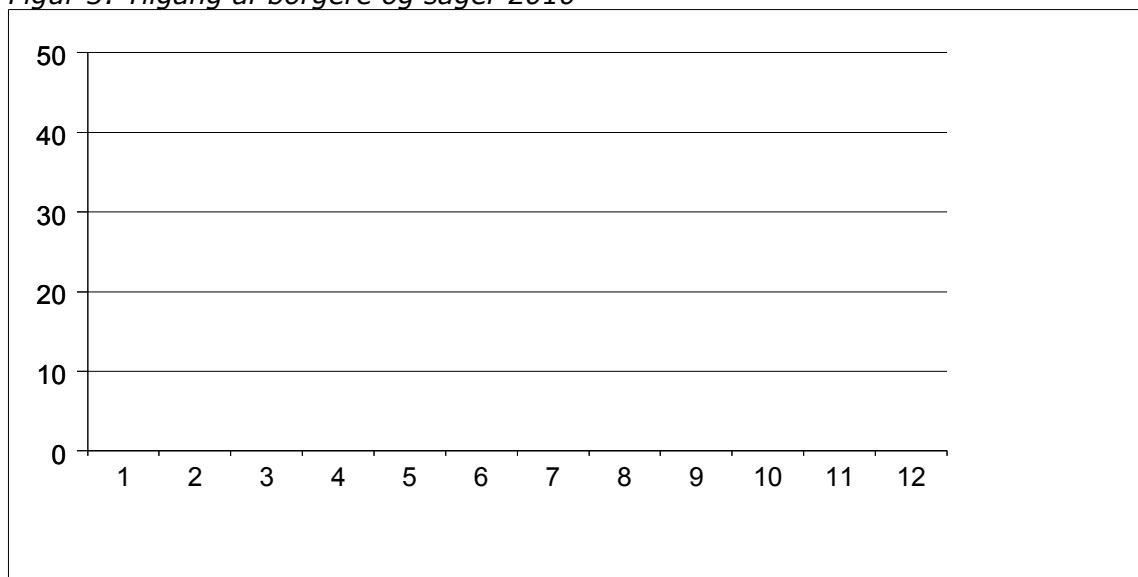


Bopælmæssigt er fordelingen af borgerne nogenlunde jævn mellem de tre distrikter, som Hjælpemiddelteamet opdeler sine sager i. At der er færre sager i distrikt Øst, skyldes blot, at der generelt er færre ældre borgere og dermed hjælpemiddelsager i dette distrikt.

6.3. Tilgang af borgere og sager

Arbejdspresset har svinget noget henover året (figur 3 nedenfor). Generelt er der tilgået flere borgere/sager i anden halvdel af 2010. Dette kan dog hænge sammen med, at længere tids sygdom hos den ene af hjælpemiddelkoordinatorerne i foråret 2010 har betydet, at den ene tilbageværende hjælpemiddelkoordinator ikke har kunnet være helt så opsøgende på Herlev Hospital. Havde begge medarbejdere været med i fuldt omfang, var der formentlig kommet flere borgere igennem ordningen, er vurderingen fra hjælpemiddelkoordinatorerne selv. En anden årsag kunne være, at kendskabet til ordningen i anden halvdel af 2010 er blevet større for samarbejdspartnerne i kommunalt regi og på hospitalet.

Figur 3: Tilgang af borgere og sager 2010

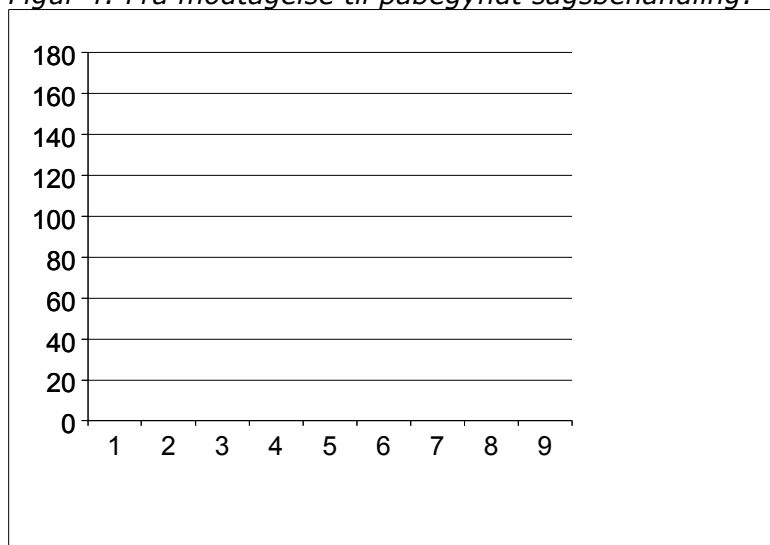


6.4. Sagsbehandlingstid

Hjælpemiddelkoordinatorfunktionen er bl.a. defineret ved at varetage de akutte og mest komplekse sager i forbindelse med hospitalsudskrivelse. Derfor er en hurtig sagsbehandlingstid også et afgørende succeskriterium.

Figur 4 nedenfor viser vejen fra modtagelse af sagen til

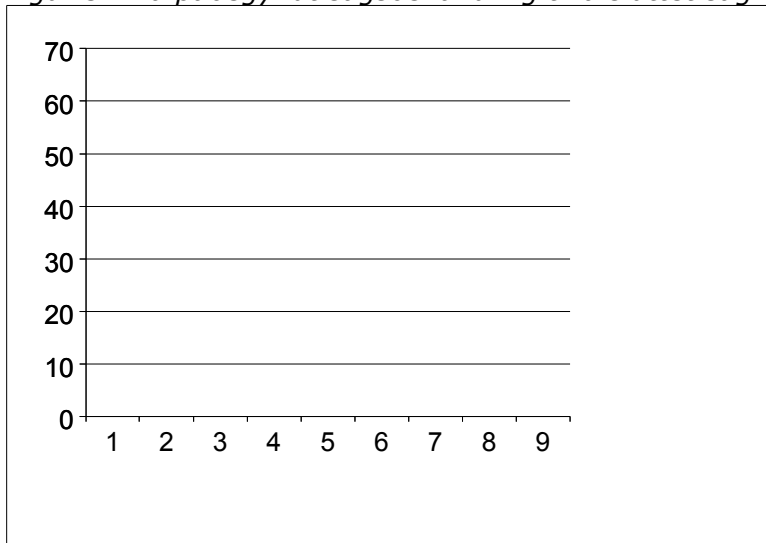
Figur 4: Fra modtagelse til påbegyndt sagsbehandling:



Mere end halvdelen af sagerne påbegyndes samme dag, som de er modtaget, og ca. tre ud af fire sager er påbegyndt senest dagen efter modtagelsen af sagen.

Tiden fra *sagen er påbegyndt* til *sagsbehandlingen er afsluttet* (figur 5) vises nedenfor.

Figur 5: Fra påbegyndt sagsbehandling til afsluttet sag:

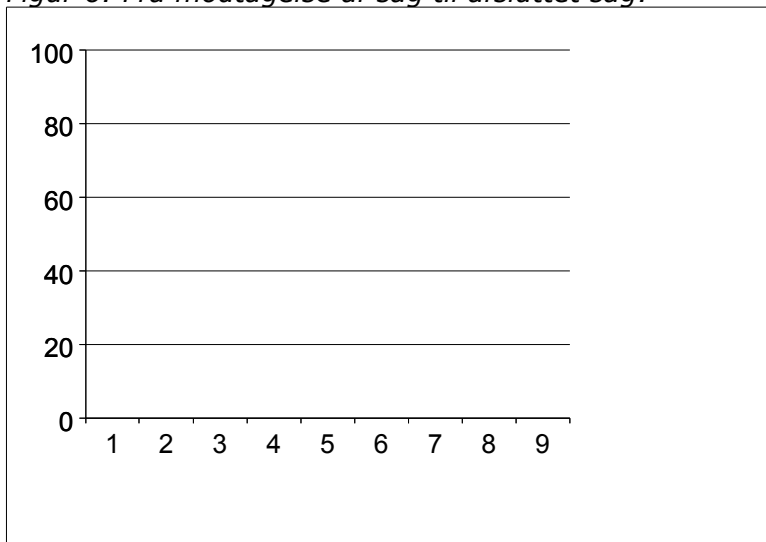


Tiden fra påbegyndt sagsbehandling til afsluttet sag kan variere afhængig af sagens kompleksitet. Næsten hver fjerde sag kan afsluttes allerede samme dag som sagen påbegyndes.

Yderligere ca. en fjerdedel af sagerne afsluttes, efter der er gået mere end én uge. Forklaringen kan eksempelvis være, at det vurderes, at der er behov for et opfølgningsbesøg, når borgeren har været hjemme nogle dage, og sagen dermed først afsluttes efter opfølgningsbesøget.

Tiden for det samlede sagsforløb, altså fra *modtagelse af sag til afsluttet sag* vises nedenfor i figur 6.

Figur 6: Fra modtagelse af sag til afsluttet sag:



Næsten 2/3 af sagerne er afsluttet inden for én uge fra sagen er modtaget. Den resterende del skyldes hovedsagligt ét eller flere opfølgningsbesøg.

7. Analyse og vurdering

Dette afsnit indeholder en analyse og vurdering af hjælpemiddelkoordinatorordningen på basis af de gennemførte interviews. Der er særligt fokus på, hvad der allerede fungerer godt, samt hvad der evt. kan videreudvikles og justeres fremadrettet. Spørgsmålene fra den oprindelige projektbeskrivelse, der også er nævnt i formålsafsnittet, vil blive behandlet løbende.

Afsnittet indledes med en samlet overordnet vurdering af ordningen. Herefter gennemgås en række konkrete temaer og opmærksomhedspunkter, der vurderes at være væsentlige for ordningens succes eller fremtidige virke. Afslutningsvis kommer et delafsnit med idéer til mere langsigtede fremtidsperspektiver for ordningen.

7.1. Overordnet vurdering

Alt i alt er alle interviewpersoner særdeles positive over for hjælpemiddelkoordinatorordningen. For hjælpemiddelkoordinatorerne selv giver det en stor tilfredshed at kunne levere noget, de kan stå inde for, og som er fagligt holdbart.

De pointer, der også går igen hos de øvrige interviewpersoner, er, at ordningen giver:

- **Forudsigelighed og faglighed** for hjælpemiddelkoordinatorerne, kolleger og samarbejdspartnere.
- **Tryghed og kvalitet** for borgeren.

Det er nyt, at hjælpemiddelkoordinatorerne er med på udskrivningskonferencen og i det hele taget kommer tidligere ind i udskrivningsforløbet. Det fremhæves, at det giver et meget bedre overblik i den enkelte sag. Den tætte og løbende kontakt til de koordinerende visitatorer og personalet på hospitalet giver sammenhæng i indsatsen.

Samtidig oplever de øvrige kolleger i Hjælpemiddelteamet, at der er bedre mulighed for at planlægge uden "frygt" for at blive afbrudt midt i dagens program på grund af en akut udskrivelse.

De koordinerende visitatorer kan også kun anbefale, at ordningen fortsættes, da det er en forbedret service for borgeren og nemmere for dem som samarbejdspartner.

Kolleger om hjælpemiddelkoordinatorordningen:

"Det er en super ordning, der endelig skal fortsætte. Det tager presset fra os andre medarbejdere, når vi ved, at der er styr på de akutte sager."

"Jeg er ovenud positiv. Nu er der stort set ikke længere akutte telefonopkald til os andre i forhold til udskrivelser."

"Tidligere manglede man mange oplysninger, og udover at det var besværligt og tidskrævende, så gav det et utilfredsstillende fagligt arbejde."

Koordinerende visitatorer om hjælpemiddelkoordinatorordningen:

"Det er en rigtig god service for borgeren."

"Det er meget fleksibelt for os, og det giver en følelse af koordinering for borgerne."

Borgere om hjælpemiddelkoordinatorordningen:

"En time efter jeg var kommet hjem, så kom de med mit udstyr. Det er flot, synes jeg."

"Man får at vide, hvad man kan få af hjælpemidler – også ting, jeg ikke kendte til."

Borgerne er ligeledes tilfredse og hæfter sig især ved, at de har fået de hjælpemidler, de havde brug for, og at der ingen problemer havde været i forløbet.

Fagpersonerne tilføjer, at deres vurdering er, at borgerne via det mere velorganiserede forløb også får en tryghed, der ikke fandtes i samme grad tidligere.

7.2. Samarbejdet med de koordinerende visitatorer

En afgørende forudsætning for den succesfulde implementering af hjælpemiddelkoordinatorordningen vurderes at være det gode samarbejde med de koordinerende visitatorer.

Særligt i begyndelsen var opbakningen fra de koordinerende visitatorer væsentlig, da der var brug for at komme rundt på afdelingerne og få udbredt kendskabet til ordningen.

De koordinerende visitatorer er dog i sig selv stadig den største "leverandør" af sager, og er derfor helt afgørende at have et fortsat tæt samarbejde med. De vurderer også selv, at de i løbet af perioden er blevet bedre til at tænke hjælpemiddelkoordinatorerne ind.

I begyndelsen var der aftalt ugentlige frokostmøder for hele tiden at holde kontakten ved lige og løbende tilpasse samarbejdet. Reelt blev det måske kun afholdt hver 14. dag, og siden er det blevet sjældnere. Ved udgangen af 2010 ses de nærmest blot til konferencerne, men den altafgørende tillid og respekt er opbygget, så umiddelbart betyder det mindre. De koordinerende visitatorer er ikke længere i tvivl om, at "bolden bliver grebet", hvis de laver en advis. De har lært at stole på hinanden.

På den anden side tilkendegiver både hjælpemiddelkoordinatorerne og de koordinerende visitatorer, at der hele tiden er behov for at holde kontakten ved lige, og ved nærmere eftertanke kommer begge parter under interviewene hver især frem til, at det nok vil være en god idé at aftale faste månedlige møder eller frokostaftaler, så kontakten hele tiden holdes ved lige. Især hjælpemiddelkoordinatorerne har brug for, at de koordinerende visitatorer konstant har ordningens eksistens i baghovedet, når de tjekker udskrivelseslister og bevæger sig rundt på Herlev Hospital.

Anbefaling:

Etablering af fast møde- eller frokostaftale mellem hjælpemiddelkoordinatorerne og de koordinerende visitatorer.

Begge parter fremhæver den uformelle dialog som værende vigtig. I begyndelsen var der mere eksplicit udtalt, at der var nogle faggrænser, der ikke skulle overtrædes – de koordinerende visitatorer har *ikke* visitationsret til hjælpemidler, og hjælpemiddelkoordinatorerne har *ikke* visitationsret til plejen – men efterhånden som samarbejdet er blevet tættere, er det også muligt at tale mere frit fra hoften uden at frygte, at det vil blive opfattet som en overskridelse af faggrænserne og utidig indblanding. Denne tillid skal opretholdes.

De koordinerende visitatorer tilkendegiver, at samarbejdet med hjælpemiddelkoordinatorerne kører nemt, og de eksempelvis er meget fleksible i forhold til deltagelse i konferencer.

Borgere om hjælpemiddelkoordinatorordningen:

"En time efter jeg var kommet hjem, så kom de med mit udstyr. Det er flot, synes jeg."

"Man får at vide, hvad man kan få af hjælpemidler – også ting, jeg ikke kendte til."

7.3. Samarbejdet med Herlev Hospital – og følge-hjem-ordningen

På Herlev Hospital samarbejder hjælpemiddelkoordinatorerne hovedsageligt med 4-5 afdelinger, der hver har tre underafsnit. Her har personalet efterhånden lært dem lidt at kende, men hjælpemiddelkoordinatorerne har indtryk af, at de fleste på afdelingerne stadig ikke helt er klar over, hvad de egentlig laver, men bare kan konstatere, at det tilsyneladende virker. Fra hospitalspersonalets side er problematikken, at andre kommuner ikke har tilsvarende tilbud, så det kræver opmærksomhed på, at de har at gøre med en Ballerup-borger, hvis de selv skal kontakte hjælpemiddelkoordinatorerne. Indimellem sker det dog, at de ringer direkte fra afdelingerne.

Der har særligt i begyndelsen været lidt samarbejde med de hjælpemiddelansvarlige terapeuter på Herlev Hospital. I slutningen af 2010 er der dog kun kontakt, når hospitalet skal levere midlertidige hjælpemidler, og dette skal koordineres. Her kan det nævnes, at en enkelt af de interviewede borgere havde oplevet at få dobbelt levering af et hjælpemiddel – dvs. både med hjem fra hospitalet og fra kommunen.

Men i forhold til de hjælpemiddelansvarlige terapeuter på Herlev, vurderer hjælpemiddelkoordinatorerne, at der på et mere overordnet niveau er potentiale for at udbygge samarbejdet. Eksempelvis så det bliver muligt at få tidligere kontakt til de yngre, der er senhjerneskadede e.l., og som ikke nødvendigvis kommer i kontakt med de koordinerende visitatorer.

Følge-hjem-ordningen, der har været lidt behandlet tidligere i evalueringen, blev som nævnt etableret 1. november 2010. Ved udgangen af undersøgelsesperioden var det endnu meget nyt, men de foreløbige erfaringer viser, at snitfladerne ikke er helt afklarede. Hjælpemiddelkoordinatorerne får typisk for sent at vide, at følge-hjem-teamet er involveret. Med tydeligere udvælgelseskriterier og bedre varsling ser hjælpemiddelkoordinatorerne dog et godt potentiale for at udvikle samarbejdet. Det bliver i hvert fald væsentligt at undgå dobbeltarbejde, og problematikken er igen, at andre kommuner ikke har en hjælpemiddelkoordinatorordning, og den forskel mellem kommunerne skal følge-hjem-teamet helst være opmærksom på.

Anbefaling:

Afklaring af snitflader og samarbejdsprocedurer mellem hjælpemiddelkoordinatorerne og følge-hjem-ordningen.

7.4. Samarbejde med kollegerne i Hjælpemiddelteamet

Som allerede nævnt, er kollegerne i Hjælpemiddelteamet særdeles positive over for ordningen.

Før var udskrivelserne en overraskelse samme dag. En kollega, der tidligere sad tæt ved akuttelefonen husker det som en stor stressfaktor, da et opkald kunne rykke rundt på hele dagsprogrammet. Det var ofte folk, der skulle hjem og dø, og det krævede handling med det samme. Dette gav også stress for depot og flyttemænd, der skulle rekvireres med kort varsel. Herefter kunne der så telefonisk meldes tilbage til hospitalet, men det var sjældent, at ergoterapeuten tog med på besøg, for det var der ikke tid til.

Nu har ordningen medført en ro, idet kollegerne ved, at der er styr på de akutte sager. Derfor gør det heller ikke noget, når det indimellem er nødvendigt at være back-up, hvis begge hjælpemiddelkoordinatorer er væk pga. sygdom, kursus eller andet. De koordinerende visitatorer oplever også, at der er god opbakning fra de resterende kolleger, og at opgaven nok skal blive løst, hvis de ringer og begge de sædvanlige hjælpemiddelkoordinatorer er væk.

Hjælpemiddelkoordinatorerne selv nævner, at de godt kan have en fornemmelse af ikke tage nok sager for distriktsteamet, når nu en stor del af deres arbejdstid går med hjælpemiddelkoordinatorarbejdet og de øvrige tjanser i form af eksempelvis sikkerhedsrepræsentantskabsarbejde, de hver især har ved siden af. Direkte adspurgt om det ikke giver ekstra travlhed i distriktsteamet, svarer en kollega fra et distriktsteam, hvor den ene hjælpemiddelkoordinator er tilknyttet, at selvom det giver travlhed, så er det væsentligste, at der er en såvel menneskelig som faglig tryghed ved, at der nu er styr på udskrivelsessagerne, og at de ikke længere forstyrres.

Såvel hjælpemiddelkoordinatorerne som deres kolleger vurderer, at det vigtigt, at hjælpemiddelkoordinatorerne fortsat er tilknyttet et distriktsteam. Udover en stærkere kollegial følelse giver det også en bedre fornemmelse for den bevillingslinje, der køres i Ballerup, og som godt kan ændre sig lidt løbende og i hvert fald afvige en lille smule fra andre kommuner. Denne fornemmelse opnås bedst, hvis man sidder og arbejder sammen – også selvom det kun er et mindre antal timer om ugen.

7.5. Arbejdsomfang

Hjælpemiddelkoordinatorerne vurderer, at det nok passer nogenlunde med 30 timers sagsbehandling ugentligt, som oprindeligt estimeret. Men når dertil lægges fællesmøder, frokost, ferie og lignende, så svarer det reelt nok til en fuldtidsstilling, der afsættes til hjælpemiddelkoordinatoropgaven.

De har dog flere muligheder for selv at justere arbejdsomfangen. Hvis de eksempelvis gik mere rundt på hospitalet sammen med de koordinerende visitatorer, ville de sandsynligvis støde ind i endnu flere borgere, der kunne have gavn af hjælpemidler. Dette kan også ses i grafen over sagstilgangen (figur 3), hvor der i perioden med kun en hjælpemiddelkoordinator kom færre sager ind end resten af året – sandsynligvis fordi der ikke var så meget tid til at være opsøgende i denne periode. Disse borgere, der potentielt kunne "opstøves", får enten ikke hjælpemidler i dag, fordi de ikke kender til muligheden eller selv vurderer, at de ikke har brug for det. Eller de henvender sig på et senere tidspunkt, når behovet har vokset sig større.

Omfanget af de opfølgende besøg er en anden måde at justere arbejdspresset på. Der eksisterer nemlig ikke fuldstændig klare retningslinjer for, hvornår sagen afsluttes fra hjælpemiddelkoordinator og overlades til distriktsteamet. Udgangspunktet er, når sagen mister sin akutte karakter, og opfølgingsbesøget er gennemført. Men i realiteten svarer hjælpemiddelkoordinatorerne nogle gange på flere efterfølgende henvendelser, fordi de allerede kender borgeren og måske også føler et ansvar for at runde sagen helt af.

Det kan selvfølgelig være en fordel, at de kan justere på arbejdspresset ved nogle gange at lukke sagerne og dermed sende nye henvendelser videre og andre gange tage imod yderligere henvendelser. Men når der er uklarhed om retningslinjerne kan det omvendt også give dårlig samvittighed over at sende sagerne videre til kollegerne og uklarhed for kollegerne om, hvornår de skal træde til. Der kan næppe etableres fuldstændig klare retningslinjer, men drøftelsen er vigtig at tage mellem hjælpemiddelkoordinatorer og kolleger med jævne mellemrum, så det italesættes, hvad der er ok for alle parter.

Anbefaling:

En årlig tilbagevendende drøftelse af retningslinjer for overgangen fra sagsbehandling hos hjælpemiddelkoordinatorerne til de almindelige distriktsteams.

7.6. Dialog med borgeren

God dialog med borgerne er ikke overraskende en væsentlig forudsætning for, at borgerne også oplever hjælpemiddelformidlingen som et tilfredsstillende forløb.

Borgerne har, når de udtaler sig, mest fokus på, at de har fået de hjælpemidler, der har været brug for. Fagpersonerne vurderer dog, at trygheden også spiller en væsentlig rolle. Og i virkeligheden lægger borgerne måske mindre mærke til det end de pårørende. Især i de komplicerede sager bliver hjælpemiddelkoordinatoren et holdepunkt for de pårørende, idet de er en gennemgående person i forbindelse med hele udskrivningsforløbet. Måske også fordi det er i en situation, hvor de er meget sårbare og dermed modtagelige.

Borgere om hjælpemiddelkoordinatorordningen:

"Upåklageligt. Hjælpemidlerne var klar, da jeg kom hjem fra hospitalet."

"Rart at få sat ansigt på."

"De kan se, hvordan man har det, og man kan selv sige, hvad man har brug for. Og så kan de stille deres spørgsmål."

En kollega nævner, at hun har oplevet flere situationer, hvor hun har overtaget en sag, hvor der for nylig har været en hjælpemiddelkoordinator inde over, og hvor især de pårørende har henvist til, at "Helle har sagt, at...". Her har kollegaen kunnet mærke, at hjælpemiddelkoordinator har gjort indtryk og været en person, de har kunnet stole på. Et andet eksempel på vigtigheden af god dialog med borgeren er ved før-hjemmebesøgene, hvor hjælpemiddelkoordinator typisk deltager med et familiemedlem til den indlagte. Her er erfaringen, at det er helt afgørende nødvendigt efterfølgende at præsentere tekniske løsninger for borgeren via et personligt møde og få dennes direkte accept - også selvom det drejer sig om mindre ændringer, som den pårørende har sagt god for. Ellers risikerer man, at borgeren ikke accepterer ændringen/hjælpemidlet, når først vedkommende kommer hjem, og løsningen derved skal laves om.

De få kritiske kommentarer, der var fra borgerne, gik ikke på selve hjælpemiddelformidlingen, men på hjemtransporten fra hospitalet eller på hjemmeplejens skiftende personale e.l. – og dermed ikke som sådan noget med hjælpemiddelkoordinatorordningen at gøre.

7.7. Antallet af hjælpemiddelkoordinatorer

Der er enighed om, at hjælpemiddelkoordinatorfunktionen ikke bør samles på kun én person, selvom det timemæssigt sagtens kunne lade sig gøre.

Argumenterne for at dele funktionen er:

- Mindre sårbarhed ved sygdom, ferie m.v.
- Giver en direkte sparringspartner i funktionen
- Mulighed for fortsat at kunne være (delvist) tilknyttet et distriktsteam

Flere af kollegerne foreslår i forlængelse heraf, at der er evt. også er en tredje person, der kort kan oplæres og derved relativt let kan sættes ind som back-up.

Omvendt viste den periode, hvor den ene hjælpemiddelkoordinator varetog opgaven alene, at det gav et rigtig godt overblik, når den ene person selv havde alle igangværende sager. To personer i funktionen kræver langt mere kommunikation, men fordelene ved at være to vurderes at veje tungest.

7.8. Personlige kvalifikationer

Det er næppe alle, der vil have evner for og lyst til at varetage hjælpemiddelkoordinatorfunktionen.

Eksempelvis er det kun én ud af de tre interviewede ergoterapeut-kolleger, der ville være

glad for selv at skulle varetage funktionen. De to, der helst vil blive i deres almindelige funktion, begrundet det med, at det vil være for hektisk, og de vil savne de langstrakte komplicerede forløb.

Af personlige kvalifikationer kræver det åbenhed og fleksibilitet, et særligt service-gen og evnen til at holde mange bolde i luften på samme tid. Samtidig skal der kommunikeres med mange faggrupper, og der skal gerne være en forståelse for hospitalsvæsenet.

Kollegerne mener, at de nuværende i den grad lever op til disse kvalifikationer. Kollegerne er i det hele taget meget anerkendende over for de nuværende hjælpemiddelkoordinatorer, og de roser den indsats, de yder.

Det nævnes også, at det er bedst med én, der allerede har erfaring fra det almindelige arbejde i Hjælpemiddelteamet, og dermed kender rutinerne og har kendskab til depot og især bevillingsniveauet lokalt. Såfremt det er muligt kan en ny fremtidig hjælpemiddelkoordinator derfor med fordel rekrutteres internt blandt de eksisterende medarbejdere i Hjælpemiddelteamet.

7.9. Økonomi

Det er vanskeligt at konkludere, hvorvidt hjælpemiddelkoordinatorfunktionen har medført større eller mindre omkostninger i Hjælpemiddelteamet. På den ene side hersker der ikke tvivl om, at projektet har været en serviceforøgelse, idet man nu i forhold til tidligere deltager i konferencer og bruger mere tid på at mødes med den enkelte borger i forbindelse med udskrivelsen. Hjælpemiddelteamet har desuden indkøbt en ekstra bil, der hovedsageligt (men ikke udelukkende) benyttes af hjælpemiddelkoordinatorerne. Dette var en udgift på 100.000 kr. Endelig har de to hjælpemiddelkoordinatorer modtaget en løntillæg for at varetage funktionen.

På den anden side vurderer såvel leder som medarbejdere i Hjælpemiddelteamet, at der har været en tidsmæssig besparelse på andre områder i form af færre opfølgingsbesøg, mindre spildtid på flytning af aftaler m.v.

Der findes dog ikke valide data, der kan underbygge disse vurderinger af tidsforbruget før og efter indførelsen af ordningen.

Samlet set er Hjælpemiddelteamets egen vurdering, at ordningen for deres enhed har været udgiftsneutral. Dertil kan der evt. være en mindre gevinst hos samarbejdspartnere i Visitation og Hjemmepleje.

I forhold til en eventuel besparelse på ventetiden for færdigbehandlede kan man også kun gisne om det. De koordinerende visitatorer mener umiddelbart, at det er tilfældet, men det er ikke muligt at efterprøve, da en række andre forhold i samme periode har haft langt større indflydelse på ventetiden for færdigbehandlede (fx antallet af akutpladser på plejecentrene), og en eventuel effekt af hjælpemiddelkoordinatorordningen vil derfor ikke være synlig.

Generelt kan det anbefales, at der i fremtidige projekter indtænkes evalueringsdesign helt fra projektets planlægningsfase, så det bliver muligt at drage mere specifikke og velunderbyggede konklusioner. Såfremt det er hensigtsmæssigt i det enkelte projekt, kunne dette eksempelvis være ved at have en kontrolgruppe, nulpunktsmålinger eller en anden form for sammenligningsgrundlag for perioden inden projektets gennemførelse.

7.10. Fremtidsperspektiver

Afslutningsvis præsenteres en række idéer, der er fremkommet under interviewene, og som muligvis kan inspirere ved fremtidige overvejelser af hjælpemiddelkoordinatorordning m.v.

Fælles lokaler: Fælles lokaler for visitationen i Ældre & Pleje, Træning & Aktivitet og Hjælpemiddelteamet nævnes som en mulighed, der måske vil skabe mere synergi på tværs af faggrænserne. "I gamle dage" var der efter sigende mere personlig kontakt på tværs, hvilket lettede den løbende tilretning og udvikling af samarbejdsflader mellem enhederne.

Aflastningspladser: Hjælpemiddelkoordinatorordningen kan evt. udvides til også at omfatte aflastningspladserne på plejecentrene. Opgaven minder om det, som hjælpemiddelkoordinatorerne allerede gør i dag, og enkelte vurderer, at det var et område, hvor der godt kunne komme mere klarhed over, hvem der håndterer hvad.

Og til sidst et par mindre ideer fra interviewpersonerne:

- En funktionsbeskrivelse, der kan gives til nye medarbejdere i Hjælpemiddelteamet. Evt. med udgangspunkt i nærværende evaluering.
- Evt. lade hjælpemiddelkoordinatorerne have ekstra fokus på særlige patientgrupper, da kompleksiteten i forløbet for eksempelvis kræft-patienter ofte også vil have gavn af tilknytning til en koordinerende funktion i stil med hjælpemiddelkoordinatorerne.
- Et tættere samarbejde med hjemmeplejen. Evt. en lignende koordinerende funktion i hjemmeplejen, der prioriterer udskrivelser og kan træde til med kort varsel, hvilket de ikke rigtig er gearet til i dag, ifølge hjælpemiddelkoordinatorerne.

8. Konklusion

Hjælpemiddelkoordinatorordningen kan ses som en succesfuld eksemplificering af tankegangen om "Work smarter, not harder".

Det er ud fra det eksisterende datagrundlag uvist, om der med ordningen er opnået en besparelse. Det er også vanskeligt med kvantificerbare data at dokumentere væsentlige direkte forbedringer i servicen for borgerne.

Men for medarbejderne er der ingen tvivl om, at der nu er en bedre sagsgang for såvel borgere som medarbejdere, og at en væsentlig stressfaktor i Hjælpemiddelteamet er forhindret – og dette gælder både for hjælpemiddelkoordinatorerne selv som for de øvrige kolleger. I forlængelse af medarbejdernes meget positive oplevelse med ordningen, er det heller ikke utænkeligt, at det i sig selv kan have en afsmittende effekt for borgerne.

Evalueringen har givet anledning til enkelte, mindre opmærksomhedspunkter og ideer, der kan bringes med i et videre arbejde med ordningen. Evalueringen har ikke vist nogle negative eller kritiske sider ved hjælpemiddelkoordinatorordningen.

Det kan samlet set klart anbefales, at ordningen gøres permanent.